



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Nutrição  
Trabalho de Conclusão de Curso

## **Concepções e práticas alimentares dos pacientes indicados para cirurgia bariátrica no Hospital Universitário de Brasília (HUB)**

Nathália Brandão do Nascimento  
Matrícula: 09/0011520

Brasília  
Março, 2013



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Nutrição  
Trabalho de Conclusão de Curso

# **Concepções e práticas alimentares dos pacientes indicados para cirurgia bariátrica no Hospital Universitário de Brasília (HUB)**

Nathália Brandão do Nascimento  
Matrícula: 09/0011520

Orientadora: Ximena Pamela Díaz Bermúdez

Brasília  
Março, 2013

## Sumário

1. Resumo .....	1
2. Introdução .....	2
3. Metodologia .....	6
4. Resultados e Discussão .....	8
4.1 Análise vertical .....	10
4.1.1 Paciente 1 .....	10
4.1.2 Paciente 2 .....	12
4.1.3 Paciente 3 .....	16
4.1.4 Paciente 4 .....	18
4.1.5 Paciente 5 .....	22
4.2 Análise horizontal .....	24
4.2.1 Todos os pacientes .....	24
5. Conclusão .....	32
6. Referências .....	35
7. Comprovante de aprovação do trabalho no Comitê de Ética da Faculdade de Saúde (CEP-FS) .....	39
8. Apêndice .....	40
8.1 Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	40

## **1. Resumo**

As práticas alimentares são aspectos concretos da alimentação, por exemplo: o que se come, com quem, onde, o que, de que maneira, combinações, técnicas de preparo. Desse modo, envolve desde as escolhas dos alimentos até o consumo, expressando o resultado da interação entre fatores biológicos, econômicos, sociais, físicos e psicológicos, os quais as pessoas estão sujeitas todos os dias (EUFIC, 2005; GARCIA, 1999). Sendo assim, a maneira que o obeso enxerga sua alimentação e o relacionamento que estabelece com os alimentos diante das várias situações sociais, culturais e psicológicas são dados que precisam ser considerados para a criação de estratégias de intervenção nutricional. O objetivo desse estudo é identificar concepções e práticas alimentares, relacionadas com a experiência de vida da obesidade mórbida, de pacientes indicados para a cirurgia bariátrica e que tenham sido recém-submetidos ao procedimento no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Este estudo é de caráter qualitativo, que utilizou de observação etnográfica, com o desenvolvimento de entrevistas semi-estruturadas, a partir da definição de um roteiro. Dessa forma, a coleta de dados foi feita com cinco pacientes, que aceitaram participar da pesquisa. O diário de campo também foi utilizado para registro de expressões não-verbais e acontecimentos durante a pesquisa em campo, que ajudassem na compreensão do contexto e do ambiente da pesquisa. A análise dos dados foi realizada manualmente a partir das entrevistas transcritas e dos registros no diário de campo, buscando identificar as categorias nativas dos interlocutores, a partir de suas narrativas.

Palavras-chave: concepções alimentares, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, práticas alimentares.

## 2. Introdução

A transição nutricional caracteriza-se pela mudança do estado nutricional, de alta prevalência de desnutrição para diminuição desta e crescimento do excesso de peso na população. É observada, principalmente, em países emergentes, entre eles o Brasil, que sofreram rápido desenvolvimento industrial e urbanização. O crescimento da população masculina com obesidade no Brasil saltou de 5,4% em 1989 para 12,4% em 2008/2009 e, em mulheres, de 8,0% para 16,9% no mesmo período (IBGE, 2010; FILHO *et al.*, 2008; TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Dessa forma, a obesidade é um problema de saúde que está crescendo no país e o número de mortes relacionadas alcança valores altos. Em relatório divulgado em 2012 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, as mortes causadas por doenças crônicas não-transmissíveis, grande parte relacionada com a obesidade, foi de 534 por 100.000 habitantes em 2008, em contraste com as doenças infecciosas que alcançaram 97 mortes por 100.000. Por outro lado, a porcentagem de desnutrição diminuiu de 14,9% em 1990/1992 para 6,9% em 2010/2012 (FAO, 2012).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade, no ponto de vista biomédico, estão associados de maneira convincente com a alimentação e a atividade física, de modo que o alto consumo de alimentos com grande densidade energética e o sedentarismo podem levar ao excesso de peso (WHO/FAO, 2002). Assim, o balanço energético positivo e não intencional, em outras palavras, a ingestão calórica maior que o dispêndio energético, ao longo de anos, tem como consequência o ganho de peso e, por sua vez, a obesidade. Além disso, existem outros fatores inter-relacionados, evidenciados na literatura, que estão ligados à etiologia dessa doença, como fatores metabólicos, neuroendócrinos, genéticos, psicológicos, socioeconômicos e ambientais (COUTINHO, 1999; CUPPARI, 2009; DAMIANI *et al.*, 2002; FRANCISCHI *et al.*, 2000).

O sedentarismo é característico dos países industrializados e revela a perda progressiva do significado atribuído ao corpo. O homem, atualmente, dispõe dos mesmos recursos físicos em comparação ao homem neolítico. Dessa forma, há milênios e ainda hoje, em várias partes do mundo, as pessoas correm, nadam, fazem caminhadas de um lugar a outro e se desgastam na produção de bens para sua subsistência e satisfação. Segundo Le Breton (2009, p. 20), “a relação com o mundo era uma relação pelo corpo”.

Entretanto, nas sociedades ocidentais, “o consumo nervoso (estresse) substituiu o consumo físico”, de acordo com esse mesmo autor. Assim, as pessoas não precisam empreender esforço físico intenso e diário como faziam antigamente. Quando o fazem, estão restritas, cada vez mais, ao ambiente de academias de ginástica e musculação, em detrimento de raras ocasiões em que as atividades do cotidiano o solicitam. Por conseguinte, a própria existência humana acaba sendo alterada com a diminuição da utilização de seus recursos físicos e sensoriais. A percepção que possui sobre o mundo é desestruturada, a possibilidade de intervenção na perspectiva real é limitada, torna-se frágil o processo de conhecer diretamente o mundo e ao corpo acaba sendo atribuído papel de “móvel permanente de mal-estar”, despertando a atenção das pessoas na forma de “sintoma” (LE BRETON, 2009, p. 20-21).

A compreensão da obesidade, no entanto, vai além da concepção de doença, do ponto de vista biomédico: doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, implicando danos à saúde. Mas também abrange aspectos da percepção da obesidade pelo próprio indivíduo, em relação ao seu corpo, ao estigma social e as causas que o levaram ao peso em que se encontra (COUTINHO, 1999; CUPPARI, 2009; PINTO; BOSI, 2010). Na visão dos pacientes, a obesidade mórbida está ligada a dificuldade de locomoção, falta de ar, dor, dificuldade de realizar tarefas domésticas, de higiene pessoal e até profissionais, afeta a maneira de se relacionar com os familiares e amigos e está presente por meio da discriminação e do estigma, através de olhares, agressões e insultos das outras pessoas (GONÇALVES, 2004).

No estudo de Pinto e Bosi (2010), a alimentação foi parte importante do ganho de peso, de acordo com a percepção das próprias depoentes. Outros estudos revelam que o obeso possui relação com a alimentação que constitui um modo de resolver ou compensar problemas, os quais, na maioria das vezes, não estão explícitos para o próprio paciente. Assim, a dificuldade em sentir prazer nas relações sociais, o sentimento de rejeição e a discriminação os levam ao isolamento. Consequentemente, encontram nos alimentos fonte de satisfação, contribuindo para o consumo alimentar inadequado e ganho de peso, o que, por sua vez, leva a menor relação social e afetiva, em um ciclo vicioso (BERNARDI *et al.*, 2005).

Entretanto, nem todas as sociedades enxergam o excesso de peso como uma condição de infelicidade e estigma, nem pode ser atribuído a todas as pessoas como

resultado de uma alimentação inadequada, sedentarismo ou fatores genéticos. Em várias partes do mundo as pessoas buscam possuir tamanho corporal maior, principalmente as mulheres, pois é sinônimo de saúde, riqueza material, além de ser sexualmente mais atraente. Existem exemplos de “obesidade voluntária” no oeste da África e na África Central, onde os pais ricos enviam suas filhas para “casas de engorda”. Lá ganham forma corporal rechonchuda e pálida, com a ingestão de comidas gordurosas e atividade física mínima. No século XIX e início do XX, no Pacífico, o processo de engorda conhecido por *ha'apori* era comum. Uma mulher magra, nessas sociedades, teria poucas chances de conseguir um bom casamento. Além disso, em determinados grupos a magreza é relacionada com o HIV/AIDS, aumentando o estigma (HELMAN, 2009, p. 29-30).

Escolha alimentar pode ser definida, de acordo com Hamilton *et al.* (2000), como “um conjunto de decisões conscientes e inconscientes tomadas por uma pessoa no momento da compra, no momento do consumo ou em algum momento entre esses dois”. Sendo assim, os fatores que determinam as escolhas alimentares, característicos das práticas alimentares e, portanto, do comportamento alimentar, podem ser diferenciados pelas dimensões de natureza: biológica, econômica, social, física e psicológica (EUFIC, 2005).

Na atual conjuntura social, as pessoas, principalmente no ocidente, sentem medo ao realizar suas escolhas alimentares, pois estão em dúvida quanto ao que devem ou não comer, devido às diversas informações contraditórias e conselhos conflituosos sobre alimentação e nutrição veiculados pela mídia. Assim sendo, para a sociedade contemporânea, no que se refere à existência de pessoas obesas, a justificativa se encontra no fato de elas terem realizado escolhas alimentares incorretas, de alimentos que não poderiam e não deveriam ser ingeridos, além de comerem em excesso. Tudo isso dentro de uma sociedade, na qual a aparência é valorizada, bem como a imagem corporal e seu controle (GOLDENBERG, 2011).

No que diz respeito ao diagnóstico da obesidade, o parâmetro utilizado pelos profissionais de saúde é o Índice de Massa Corporal (IMC) que classifica a presença de excesso de massa corporal associado ao risco de co-morbididades sem, no entanto, distinguir valores de massa magra e gorda. A obesidade mórbida ou grau III é o maior grau de obesidade e caracteriza-se por IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. Nesses casos, o tratamento clínico, baseado na mudança do estilo de vida, abrangendo o acompanhamento nutricional,

psicológico e a prática de atividade física, não é suficiente para diminuir o comprometimento da saúde na maioria dos pacientes. Dessa forma, a cirurgia bariátrica pode ser indicada (CUPPARI, 2009; WHO, 1997; SBEE, 2004).

O tratamento cirúrgico para obesos mórbidos é indicado na Consulta Pública nº 12, do Ministério da Saúde, de 24 de setembro de 2012. O intuito é evitar os riscos da operação e pós-cirúrgicos para quem não precisa, bem como identificar as pessoas que necessitam dessa intervenção. Portanto, é recomendada para pacientes entre 16 e 65 anos, com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, sem co-morbidades e que não obtiveram resultados com o tratamento clínico realizado por pelo menos dois anos ou àqueles com esse mesmo IMC, mas com co-morbidades que ameaçam a vida. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>, doenças associadas, como diabetes e hipertensão, e cuja situação clínica esteja agravada pela obesidade, também podem receber indicação para a cirurgia (BRASIL, 2012; XEYLA, 2013).

Há várias técnicas cirúrgicas utilizadas, no entanto, a gastroplastia redutora com derivação gastrojejunal em *Y-de-Roux* (técnica de Fobi-Capella) é a mais utilizada por apresentar eficácia e menor morbimortalidade. Nela o estômago é separado em dois compartimentos, sendo o menor ligado diretamente à segunda parte do intestino delgado (jejuno), em detrimento do maior que é excluído da passagem dos alimentos. Assim, o volume do estômago fica restrito entre, aproximadamente, 30 a 50 mL e há diminuição da área de absorção devido à exclusão da passagem do alimento no duodeno, o qual corresponde à primeira porção do intestino delgado (CUPPARI, 2009).

O número de cirurgias bariátricas passou de 1773, em 2003, para 5332, em 2011 pelo Sistema Único de Saúde (XEYLA, 2013). Dados de perfil dos pacientes que realizam essa cirurgia ainda são escassos. Em relação ao Hospital Universitário de Brasília (HUB), esse procedimento é realizado desde 2003. Sendo assim, o paciente que possui IMC acima de 40 Kg/m<sup>2</sup>, ou superior à 35 kg/m<sup>2</sup> e apresenta duas ou mais comorbidades, é admitido no grupo de preparação para a cirurgia, no qual é acompanhado por endocrinologista, psicólogo e nutricionista. A liberação dos três profissionais é necessária para que a cirurgia seja feita.

A cirurgia bariátrica impõe mudanças nas concepções e práticas alimentares, como maior tempo de mastigação, diminuição do volume das refeições e restrição de alimentos doces e gordurosos com o objetivo de evitar complicações no pós-cirúrgico (CUPPARI,



2009). Tais restrições são percebidas pelos pacientes, no estudo de Gonçalves (2006), de um lado como prejudiciais à sensação de prazer que a alimentação propicia, do outro, como auxiliares no processo de perda de peso e manutenção do peso emagrecido. Sendo assim, a cirurgia influencia as escolhas alimentares e relações sociais nas quais a comida está presente em comparação com as próprias concepções do paciente no pré-operatório (GONÇALVES, 2006).

Portanto, como se come, onde, com quem, o que, combinações, técnicas de preparo são aspectos inseridos nas práticas alimentares, as quais são determinadas a partir de escolhas baseadas no apetite, gosto, custo, acesso, tempo, cultura, humor das pessoas (EUFIC, 2005; GARCIA, 1999). Desse modo, em vista do caráter multidimensional da alimentação e do fato de ser componente importante dentro do fenômeno da obesidade, torna-se clara a necessidade de uma abordagem além da perspectiva biomédica, demonstrando a importância de estudos na perspectiva simbólica.

Enfim, a maneira que o paciente enxerga sua alimentação e o relacionamento que estabelece com os alimentos diante das várias situações sociais, culturais e psicológicas é um dado que pode contribuir para a construção de ações de educação nutricional pré e pós-operatórias mais específicas e aumentar a eficácia do tratamento nutricional como um todo. Tendo em vista que a alimentação é o elemento que acompanha os obesos mórbidos desde o surgimento da obesidade até o pós-cirúrgico, quando sofre alterações, o objetivo do estudo é identificar concepções e práticas alimentares, relacionadas com a experiência de vida da obesidade mórbida, de pacientes indicados para a cirurgia bariátrica e que tenham sido recém-submetidos ao procedimento no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Os objetivos específicos são: identificar o significado atribuído às práticas alimentares pelos pacientes no contexto do tratamento a que estão sendo submetidos; registrar, do ponto de vista dos pacientes, os aspectos facilitadores e as principais barreiras para a mudança das práticas alimentares; identificar transformações nas concepções e práticas alimentares dos pacientes em relação ao plano alimentar e às orientações nutricionais prescritas durante o tratamento.

### **3. Metodologia**

Este estudo é de caráter qualitativo, por meio da observação etnográfica, e a realização de entrevistas semi-estruturadas, a partir da definição de um roteiro. O método

etnográfico consiste em descrever, do ponto de vista dos participantes de determinada sociedade ou grupo, suas concepções e práticas, de maneira que torne claro os significados de suas ações para pessoas de fora. Dessa forma, é baseado na coleta de informações, por meio de entrevistas e da observação de suas atitudes e comportamentos no meio social onde se encontram (RIEMER, 2011; OLIVEIRA, 1998).

A motivação da escolha do objeto de pesquisa ocorreu, por meio de reflexões sobre obesidade e alimentação durante a realização da disciplina Ambulatório Especialidades em Nutrição, especificamente no Ambulatório para atendimento de pacientes com obesidade mórbida. Dessa forma, durante as consultas nutricionais foram percebidos vários fatores que influenciavam as práticas alimentares, os quais, na maioria dos casos, estavam fora do contexto do atendimento. Nesse mesmo semestre, também estava sendo realizada uma disciplina do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), Laboratório de Antropologia da Saúde e da Doença. Esta disciplina, por sua vez, proporcionou outra dimensão sobre o processo saúde-doença, de modo a levantar questões sobre a maneira que o paciente enxerga sua própria saúde e as atitudes que possui a partir dessa visão. Como a abordagem com enfoque nas percepções do próprio paciente é escassa durante o curso de Nutrição, optou-se pela escolha do tema da obesidade e da alimentação, de modo a descrever como os pacientes, na condição de saúde em que se encontram, vêem sua alimentação, a forma como organizam suas próprias práticas alimentares e as transformações ocorridas a partir das consultas nutricionais.

Portanto, a pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília (HUB), sala E do corredor amarelo, onde são realizadas consultas na área de nutrição. Enquanto aguardavam pelo atendimento nutricional na sala de espera, os pacientes foram abordados e convidados a participar da pesquisa. No caso em que concordassem com essa participação, houve uma explicação sobre a pesquisa, sua metodologia e seus objetivos, seguida da assinatura do TCLE pelo paciente. Em seguida, o participante foi encaminhado para uma área reservada na sala de espera, onde a entrevista foi realizada depois da consulta nutricional ou, quando o paciente não poderia esperar, antes da consulta. As perguntas incluídas no roteiro foram as seguintes, com adaptações para melhor compreensão dos participantes: Como você enxerga sua alimentação agora? Como era antes do tratamento?; Os principais motivos para escolher um alimento como fruta ou hortaliça em detrimento de outro com maior teor de açúcar e gordura; Você

percebe diferenças na quantidade e no tipo de alimentos ingeridos dependendo de com quem você esteja, o lugar, o horário, e a forma de preparo (cozido, assado, frito)? Como você lida com isso?; O que ajuda e o que atrapalha a mudar as práticas alimentares?; Como você lida com o plano alimentar e as orientações nutricionais recebidas durante cada consulta nutricional?.

O critério de inclusão no estudo foi de pacientes que estavam no processo de espera na fila para a cirurgia bariátrica ou que já haviam sido submetidos ao procedimento há menos de um ano. Sendo assim, foram feitas, no total, cinco entrevistas durante um mês de consultas. Quatro pacientes estavam na fase pré-operatória e um já havia sido submetido ao procedimento cirúrgico. Os depoimentos duraram entre 20 e 30 minutos e foram transcritos na íntegra com auxílio do software ATLAS.ti versão 7. Outro instrumento da coleta de dados foi o diário de campo, utilizado para registro das entrevistas, bem como para registro de expressões não-verbais e acontecimentos durante a pesquisa em campo, que ajudassem na compreensão do contexto e do ambiente da pesquisa (MUHR, 2012).

A análise dos dados foi realizada manualmente a partir das entrevistas transcritas e dos registros no diário de campo, buscando identificar as categorias nativas dos pacientes, a partir de suas narrativas. Dessa forma, as entrevistas foram analisadas separadamente, no intuito de descrever aspectos, que se destacaram, relacionados à alimentação e ao tratamento multidisciplinar e nutricional, no contexto social em que cada paciente se encontra. (OLIVEIRA,1998).

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde (FS) da Universidade de Brasília, sob o registro de número 160/12. A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre estudos envolvendo seres humanos.

#### **4. Resultados e Discussão**

As consultas de nutrição do Projeto de Pesquisa e Assistência em Obesidade (PASSO) ocorrem no Ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília (HUB), corredor amarelo, sala E, todas as terças-feiras de 8h às 12h. Nesta sala, encontra-se a sala de espera, onde há três bancos, tipo prancha, para os pacientes. Na visão de uma pessoa que entra, do lado esquerdo, existe, na parede, o mural com avisos gerais para profissionais de saúde e pacientes, acima dele, também na parede, há uma televisão pequena. Do lado

direito, existe uma sala, do tipo guichê, onde fica uma secretária. Ela é responsável por pegar um pequeno cartão rosa, que todos os pacientes possuem. Nele está descrito o profissional e a hora da consulta marcada. A secretária, então, pega os prontuários na última sala do corredor azul, para que os profissionais de saúde façam o atendimento. Na sala dela está uma balança digital nova, do tipo plataforma, para pesar os pacientes. O peso máximo que consegue mensurar é de 230 quilos. A balança foi adquirida pela professora da nutrição, responsável pelo projeto PASSO.

Ainda na visão de uma pessoa que entra na sala de espera, na parede à frente, estão três portas que dão acesso às salas de consultório. Em todas, há uma maca forrada com lençol verde hospitalar, uma pia para lavagem de mãos, um porta-papel, um porta-sabonete, uma mesa com um pequeno escaninho branco em cima, onde ficam blocos de papel de vários tamanhos, com formato definido para cada finalidade. A nutrição utiliza com maior frequência as fichas específicas para prescrição, solicitação de exames bioquímicos e encaminhamento, apesar de existirem outras. Contralateral à porta de entrada de cada consultório, existe outra pela qual os profissionais de saúde têm acesso, a partir de um corredor exclusivo. Neste corredor existe uma mesa, sobre a qual a secretária organiza os prontuários dos pacientes em ordem de chegada.

Dessa forma, a coleta de dados ocorreu durante um mês, em quatro idas a sala de espera nos dias de atendimento nutricional. No primeiro dia foi feito o reconhecimento do local, nos outros, as entrevistas foram feitas com os pacientes que aceitaram participar da pesquisa. No total, quatro mulheres e um homem foram entrevistados, sendo todos no tratamento em fase pré-operatória, exceto por uma paciente que já havia realizado a cirurgia bariátrica há 7 meses.

As categorias nativas dos sujeitos participantes serão apresentadas a seguir separadamente. A partir de dados da literatura científica, cada entrevista foi descrita e interpretada verticalmente, com base nas concepções individuais que se destacaram nos depoimentos. Em seguida, buscou-se analisar os discursos em uma perspectiva horizontal, de modo a evidenciar percepções e representações, comuns dos participantes, sobre comida, expectativas da cirurgia bariátrica, a experiência da obesidade mórbida e os significados atribuídos.

## 4.1 Análise vertical

### 4.1.1 Paciente 1

A primeira entrevistada possui três filhos; 56 anos; não trabalha e mora junto com uma filha. A paciente está sendo tratada com a equipe de nutrição desde 2005, sendo que com a psicologia e a endocrinologista desde 2012.

O elemento considerado marcante em seu discurso foi a importância que o tratamento psicológico teve em sua vida, de modo que as orientações nutricionais e o plano alimentar começaram a fazer sentido, na dimensão prática, a partir do momento em que o aspecto psicológico começou a ser abordado.

O ponto de decisão da paciente sobre o tratamento nutricional aconteceu pelo fato de ela não emagrecer. Então, o ultimato foi dado à equipe de nutrição com o pedido de receber prescrição medicamentosa para perda de peso. Entretanto, quando há necessidade de tratamento farmacológico, somente o médico, nesse caso o endocrinologista, pode prescrever. Sendo assim, a paciente foi encaminhada para consulta com endocrinologista, mas demorou muito tempo, já que havia fila de espera. Nesse ínterim, decepcionada com o tratamento, a paciente desistiu de continuar com o acompanhamento nutricional.

Aí passou muito tempo e eu consultando sempre com ela [nutricionista] esperando essa consulta [endocrinologista]. Eu nem me lembrava mais, de repente, aí ligaram. Passou muito tempo, passou uns 3 para 4 anos para marcar essa consulta do endocrinologista. Ligaram lá para casa nem, e eu digo, não, não tem. Aí foi quando ela falou. Então, eu fiquei decepcionada, assim com o tratamento muito tempo para não ter resultado nenhum. Sabe..? Digo, e eu parei mesmo de vir para a nutricionista. Passei uns 2 anos. Entre a espera na consulta com endocrinologista, eu peguei e parei de ir. Não vou. Fiquei decepcionada mesmo. Aí tanto que eu pesava 80 quilos e aí foi para 100 quilos, depois que eu parei de vir para a nutricionista. (E1)

A demora no atendimento médico contribuiu para o agravamento da obesidade. No entanto, apesar de não estar clara essa relação para a paciente, o tratamento nutricional que fazia, desde 2005, pode não ter contribuído para a perda de peso, mas parece ter tido influência em não agravar seu estado nutricional.

Os medicamentos psicotrópicos são utilizados pela medicina para alteração de comportamento, humor e emoções e são usualmente prescritos para o tratamento da obesidade. O mais utilizado entre os psiquiatras, de acordo com o estudo de Andrade *et al.* (2004) é a fluoxetina, um anti-depressivo, com influência na perda de peso, ao longo do tempo de tratamento, além de sua ação no sistema nervoso central. Endocrinologistas,

segundo a mesma pesquisa, prescrevem, com maior frequência, supressores de apetite como femproporex e anfepramona. A necessidade de medicalização demonstrada pela paciente pode revelar sua inserção em um contexto de valores sociais e expectativas para melhorar suas relações sociais, de modo que seu comportamento se torne “normal”. No caso da paciente, sem a ansiedade de procurar, em todo momento, comer (ANDRADE et al., 2004; HELMAN, 2009, p. 150, 184).

O ritual público, de maior interesse, pois ocorrem na presença de uma ou mais pessoas, é definido por Loudon *apud* Helman (2009, p. 203) como “o comportamento ou as ações que revelam algo sobre o estado das coisas, particularmente de quem toma parte no ritual”. Assim, o ato de prescrever medicamentos psicotrópicos e esses medicamentos em si podem demonstrar símbolos rituais com representações de vários significados ao mesmo tempo. Seu poder é adquirido no ritual da prescrição e é carregado de significados não só para a pessoa que recebe a prescrição, mas também para quem a cerca. Essas aceções podem ter, mesmo inconscientemente, influenciado a paciente a pedir remédios para emagrecer à equipe de nutrição.

A função farmacológica é frequentemente atribuída à droga, entretanto, pode ter outros aspectos de significação ou “função latente”, para as pessoas que a ingere. Dessa forma, pode simbolizar que estão doentes; que, devido a doença, ocorreram todos os insucessos pessoais; que merecem consideração e compreensão da família e dos amigos; que o médico, visto como uma “figura de cura poderosa e respeitada”, ainda possui expectativas nelas; e que a ciência (que criou o medicamento) é “poderosa, confiável e eficiente” (HELMAN, 2009, p. 185).

A paciente, quando foi à consulta com o endocrinologista, recebeu encaminhamento para a psicologia. No momento de marcar a consulta com a psicóloga, retomou as consultas com a nutrição. A partir de então, somente há um ano, ela sente maior autocontrole em relação aos alimentos e menor ansiedade, como demonstra seu depoimento:

Não, meu alimento *depois que eu estou fazendo tratamento com a endocrinologia junto com a psicologia, melhorou bastante*. Isso aí, eu tinha esse negócio de ansiedade antes de eu estar com a endocrinologista. Depois que eu comecei a tratar com a endócrino, que veio a psicóloga. Só com a nutricionista, eu tinha isso aí [ansiedade]. Só com a dieta que eu tinha isso aí, de comer, comer, comer até passar mal. Ficar procurando comer e não... (E1, grifo meu)

Hoje coloca em prática a mastigação durante as refeições, como um novo hábito associado ao ato de alimentar-se, adquirido, principalmente, com o tratamento psicológico. Além disso, a paciente associou a falta de mastigação à ansiedade.

Mastigar, mastigar, mastigar, *que ela [psicóloga] quer que mastigue*, mastigue, mastigue. Eu só engolia. (...)

E também com a psicóloga, *eles me ajudaram bastante, por causa que lá ela ensina a gente mastigar bastante*, aí depois da mastigação, aí parou essa ansiedade de eu ficar comendo. Hoje em dia eu como, me alimento muito bem, eu não tenho mais ansiedade, não tenho mais esse negócio mais não. E melhorou bastante depois da psicologia. (E1, grifo meu)

O tratamento multidisciplinar ajuda a seguir ao máximo as quantidades e os tipos de alimentos previstos no plano alimentar, independente do local e da companhia, segundo a paciente.

Mas depois que eu comecei *me tratar com endocrinologista que veio a psicóloga aí não*. Agora não. Agora eu como, comendo minha dieta, o que eu como me satisfaz. Eu lancha eu fico satisfeita. Agora meu estômago, meu organismo, eu como aquele tanto e fico satisfeita (E1, grifo meu)

A demonstração de vínculo da entrevistada com os profissionais de saúde pode ser visto no grifos dos depoimentos acima. A relação médico-paciente, na revisão de Caprara e Franco (1999), na maioria das vezes, é reconhecida como produtora de ansiedade pelos pacientes com menor grau de instrução. Porquanto, possuem menos critérios objetivos de análise e destacam a dificuldade de comunicação. No caso da paciente, não parece haver nenhum problema de comunicação ou outro. Por isso, pelo tempo de tratamento e pelos resultados percebidos (diminuição da ansiedade é um deles), parece haver vínculo com a equipe de profissionais de saúde.

#### **4.1.2 Paciente 2**

A segunda entrevistada possui quatro filhos; 55 anos; trabalha; mora com o marido. Ela é atendida no HUB desde 2005, sendo que há sete meses fez a cirurgia bariátrica. Os aspectos notáveis em seus depoimentos foram a incorporação das orientações nutricionais, considerando “a coisa certa a ser feita”, e a forte motivação para enfrentar dificuldades nas mudanças alimentares.

Ela lembra com maior detalhe de como era a própria alimentação antes de fazer o acompanhamento nutricional. Seu discurso evidencia a influencia das orientações

nutricionais na concepção de suas próprias práticas alimentares na época em que não fazia acompanhamento com a nutrição.

Ah, minha alimentação era três pãozinho de manhã com mortandela, com ovos frito; café com leite. O almoço era um prato bem cheio, comia bastante mesmo. E era uma alimentação, assim totalmente fora de, como se diz, de disciplina. É, beliscava o dia todo. Toda ora estava lá mastigando. Tinha até o apelido de coelhinho. risos... Que era o tempo todo mastigando. E eu sempre, por causa desse tipo de alimentação, né, sempre pressão muito alta, passava muito mal, estava sempre no pronto socorro. Com pico de pressão lá em cima. Não tinha regra para sal nem nada... gorduras. Era péssima! (...)

Ai olha, geralmente, eu era assim: tomava o café, beliscava até dá a hora do almoço. Almoçava, beliscava até na hora da janta. Não tinha aquelas regras de lanches. Não tinha. (E2)

Além disso, reconhece a reeducação alimentar nas alterações apresentadas em sua alimentação, sendo que uma das possíveis causas da assimilação das orientações foi a melhora da saúde.

Ah, mudou a minha reeducação alimentar, né? Porque antes de eu fazer a cirurgia eu já tinha perdido praticamente 15 quilos, né. (...)

É porque eu não tinha hábitos de comer frutas, tomar sucos natural, de alimentar de três em três horas. É... Eu assim, no início, ainda ria da médica [nutricionista], porque eu achava que era besteira, que eu ia engordar o dobro, de comer de três em três horas. Mas, depois eu fui vendo que não, né. Com aquela regra de alimentação, eu tava perdendo o peso que eu não conseguia perder com nada. Fazia aquelas dieta maluca, aquelas dieta doida, emagrecia três, quatro quilos e com dois, três dias, no outro dia já engordava tudo de novo. Então melhorou foi... E a minha saúde, né? Principalmente, minha saúde que melhorou muito. Porque, eu já tava pré-diabética, né? Colesterol, quando eu cheguei eu tava com colesterol era 630, meu triglicerídeos era 1740. Meus primeiros exame meu daqui eu lembro direitinho, porque foi um absurdo. E eu tinha muita dor, articulação, né? Dores demais, demais... Sério, eu estava sedentária e tomava remédio para dor direto. E essas dores foi diminuindo também. E hoje eu estou com outra vida, né? [Risos...] (E2)

A melhora percebida na saúde acabou aumentando a credibilidade da equipe da nutrição e ainda a convenceu de que é o “certo” a ser feito.

Ah, eu, assim, acho que eu estou fazendo a coisa certa, né? Bastante verduras, todo dia. Frutas, eu como, às vezes, duas, três qualidade de fruta por dia. Quando não é a fruta é o suco da fruta, né? E aquelas comida maluca que eu comia exageradamente, pratão de macarrão, eu não como mais. Não como macarrão (...) (E2)

Os modelos são, de acordo com Laplantine (1991, p. 34), “construções teóricas de caráter operatório”, ou seja, não substituem a realidade, mas sim, são hipóteses de pesquisa que rompem com o grau de certeza do conhecimento científico prévio, em relação ao que os dados encontrados o superam. Assim, objetiva pensar e, principalmente, ressaltar o que a realidade empírica não expressa claramente. Os sistemas de representações da experiência da doença, segundo esse mesmo autor, pode ser expresso por vários modelos. Em outras palavras, diversos modelos podem descrever construções mentais da realidade,



as quais direcionam o comportamento e viabilizam o entendimento e a conformação do mundo. O modelo que parece estar presente no discurso da paciente é o da “doença maléfica” (LAPLANTINE, 1991, p. 102; GARCIA, 1997).

A cultura ocidental explica a doença como um “não sentido radical”, de modo que é percebida como algo absurdo, um “azar” que não sinaliza nada e nem pode ser justificada. Em contraste com as sociedades africanas que interpretam a afecção como algo maléfico, embora com alta carga significativa, de uma instabilidade a nível do grupo. Relacionada a essa negativização, no ocidente, há a retirada do sentido existencial da doença e a apropriação dela pelo conhecimento técnico-científico da medicina. Dessa forma, a cultura médica, importante atualmente, adquire “sentido médico”, baseado em viver para evitar plenamente a doença e atrasar a morte, preservando “o bem mais precioso”, a saúde (LAPLANTINE, 1991, p. 103-4).

O conhecimento médico se assenta, conforme Laplantine, no raciocínio de que a doença é o “mal absoluto”, sendo reduzido na esfera semântica. Portanto, a patologia é privadora, quer dizer, danosa, não desejável. É uma anormalidade que deve ser evitada, a partir de ações de prevenção em saúde, e quando no adoecimento, combatida diretamente, por meio de medicamentos, ou indiretamente, a exemplo das terapias psicológicas (LAPLANTINE, 1991, p. 102).

Nesse contexto, a paciente parece compartilhar, principalmente ao longo dos anos em tratamento, da percepção de que a doença dela era um “absurdo” e de que precisava, para evitar a morte, combater o “mal”. Assim, precisava enfrentar a “doença privadora”, identificada por ela como a obesidade e o mal estar de antes, por meio da “obediência” à medicina, representada pelas orientações nutricionais. Tal percepção, como descrito no depoimento abaixo, foi construída, pois no começo do tratamento achava que as recomendações de todos os profissionais de saúde eram erradas.

Ó, valeu muito, vale muito, porque, hoje, na minha mente, eu sei que é a coisa mais certa, né? Quando a gente inicia, a gente acha tudo errado. A nutrição tá errada, a endócrino tá errada, a psicóloga tá errada. Só que a gente começa a fazer, fazer e você vai sentindo que tá dando certo, aí você começa a sentir que aquilo é certo, você vai conseguindo... Quando vai alimentar ou não? A nutrição falou que é assim e assim? Então vamo fazer assim e assim. Inclusive quando eu bato a comida, eu aí meu Deus, chegar lá vou ter que contar a verdade e eu vou levar uma bronca... risos... Que não é pra bater a comida. Mas aí se eu não bato, começa, porque incha na boca, assim, e se eu engolir eu vomito, então eu prefiro bater, do que ficar sem comer. Então eu tô fazendo essa troca, não todo dia. Às vezes, tá acontecendo isso. Então eu tô fazendo essa troca, por causa do, para não ficar sem alimentar aquilo que eu tenho que alimentar. E principalmente as verduras e a carne. Então, aí, às vezes, eu pego o prato de comida, jogo no

liquidificador, bato, aí eu como as colherada, aí eu sei que, que eu me alimentei daquilo que eu tinha que alimentar. Então, eu não fico preocupada. (E2))

A motivação é descrita de formas diferentes na literatura, mas possui consenso ao ser descrita como “um fator interno”, o qual propulsiona, orienta e compõe o comportamento de uma pessoa. Apesar de ser deduzido do comportamento, a existência de fator interno é assumida para explicá-lo. A motivação pode ser ainda dividida em dois processos: o impulso, entendido como transcurso interno que impele a pessoa a agir, e o objetivo ou recompensa, ou seja, o motivo deixa de direcionar o comportamento, quando o objetivo ou recompensa é atingido. Sendo assim, tanto o objetivo ou a recompensa quanto o impulso são internos, mas podem ser influenciados por fatores externos. A fome pode, por exemplo, influenciar o impulso e o alimento, envolver o objetivo, mas o processo de término do impulso é por si mesmo interno (MURRAY, 1986, p. 20-21).

Dessa maneira, pode-se entender, de acordo com os discursos da paciente, que os “impulsos” que a levaram a começar o tratamento foram a concepção de que o estado de saúde estava “mal” e a possibilidade de ser submetida ao procedimento cirúrgico, mesmo sem o apoio da família. Além disso, as consultas com a psicologia influenciaram na sua permanência no tratamento.

Foi a vontade de fazer a cirurgia, a vontade de ter uma saúde melhor, porque da minha família praticamente todo mundo dizia: Ah, você já tem 55 anos. Fazer essa cirurgia? Para quê? Você já tá velha! Perto de morrer! Quer dizer, mas sei lá acho que 55. Minha mãe viveu até os 88. Eu ainda tenho muito chão. Para viver. Agora doente do jeito que eu tô, acho que eu não chego nem aos 60. E realmente, hoje, na minha visão, é realmente isso, eu pensava que foi o certo. Agora, seu eu fosse atrás do que a família dizia, né, que eu ia trocar minha doença, por outra. Aí eu não teria feito. Inclusive eu desisti duas vezes, mas a doutora [psicóloga] sempre conversou comigo para mim não desistir, tentar. Para mim tentar, para mim ir nos pós [reunião da psicologia com os pacientes já operados]. Aí eu frequentei duas vezes os pós, aí eu me animei de novo. (E2)

Outro impulso considerado importante para a paciente foi a “força de vontade”. Com ela, teve motivação para continuar com as práticas alimentares adequadas, durante o tratamento antes da cirurgia, o que resultou na perda de 15 quilos. E também, após a cirurgia, para continuar perdendo peso, mas principalmente, melhorar ainda mais a saúde. Por outro lado, percebe-se no depoimento a influência dos efeitos fisiológicos do procedimento cirúrgico, no seguimento das recomendações.

Foi minha força de vontade. Porque, quando a gente tá desmotivada, às vezes, a gente quer fugir. Mas como o organismo da gente já tá tão acostumado com aquilo certinho, aí não consegue. Ou o próprio estômago repunha. Não consegue comer. Aí a gente sabe que se for fazer errado, passa mal; aí não faz. (E2)

As consequências da cirurgia nas práticas alimentares, descritas nos discursos a seguir, também foram encontradas no estudo de Gonçalves (2006) feito com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. A “repulsa orgânica” de certos alimentos, deve-se provavelmente, aos efeitos do procedimento cirúrgico, apesar de a própria paciente não fazer essa relação:

(...) não como mais arroz. Arroz é por causa que me deu mesmo rejeição de arroz, né, eu não como mais arroz. Arroz e carnes cozida. Só se for batida, alguma coisa assim que eu não mastigue a carne, né? Mas ela assada na grelha, assim, sendo a carne seca, aí eu como. Mas ela cozida, eu não consigo comer. Frango também, eu quase não tô conseguindo comer, eu como mais é peixe, carne moída, carne com a gordura bem sequinha, aí eu como. E o frango, se for o frango, assim, grelhado, aí eu consigo comer ele. Ou assado. E as fruta e as verduras, né? Que aí a gente vai, vai comendo diferente, né, um tipo diferente.. (E2)

Outro efeito da cirurgia, sentida pela paciente, é a restrição da quantidade ingerida. Este foi sentido, principalmente, quando houve disponibilidade de preparações consideradas não usuais no dia-a-dia e, por isso, naquela ocasião, colocou maior quantidade de alimentos no prato.

Sim, às vezes, uma comida, assim, bem diferenciada, que faz tempo que eu não como, eu já fiz isso. Já coloquei a mais, mas só que não come. Não consegue comer de jeito nenhum. É aquela quantidade, 300 mL, é 250 grama, não, não consegue comer mais do que isso não. (E2)

#### **4.1.3 Paciente 3**

A terceira entrevistada teve seis gestações, um aborto, cinco filhos nascidos, sendo, atualmente, três vivos; 64 anos; não trabalha e mora sozinha. Ela faz tratamento com a nutrição há três ou quatro anos, segundo relatou, e não fez a cirurgia bariátrica. Em seus depoimentos, ficou marcada a necessidade de motivação para realizar plenamente o tratamento, apesar de não estar completamente desmotivada.

No início do tratamento, a paciente conseguia colocar em prática as orientações nutricionais e chegou a emagrecer 13 quilos. Somente a possibilidade de submeter-se à cirurgia foi o que a motivou a seguir o plano alimentar. Dessa forma, como não foi possível a realização do procedimento, ganhou mais peso. Também relata a dificuldade de ir às consultas por causa de dores. Sente-se muito desmotivada.

Teve uma época, assim que eu comecei aqui, que eu fazia tudo direitinho. Emagreci 13 quilos. E.. Aí deu aquela história, não vai operar, não vai operar, não vai operar, eu fiquei com raiva, chutei o pau da barraca, comi feito uma doida. Recuperei os 13 quilos. Ou mais. E hoje tá muito difícil. Acho que sem esse incentivo, que eu perdi a esperança mesmo, e se realmente forem fazer essa cirurgia, eu já sei que, pela quarta vez, eu vou ter que repetir todos os exames. E pra eu sair de casa, pra eu sair de casa é muito sofrido, muito dolorido, cada vez

tá pior. Então, eu tô muito descrente de começar a fazer esses exame tudo outra vez. (...) Então eu tô bem desiludida, tô muito. E eu não tô achando força mesmo pra seguir a dieta direitinho e tô bem, bem desmotivada. (E3)

Em seu discurso, a paciente destaca a necessidade de disciplina, autocontrole, o sofrimento das escolhas alimentares que precisa fazer, para realizar o tratamento de maneira adequada. Entretanto, sem a perspectiva de realizar a cirurgia, não há qualquer outro aspecto motivador, forte o suficiente, para a mudança nas práticas alimentares, nem mesmo o estado de saúde, como era para a segunda entrevistada.

Porque pra você fazer um regime, é uma coisa muito... Você não sabe o que é que é isso. É muito complicado, é muito difícil, é muito estressante, você se estressa muito. E, e a gente acaba dando umas escorregada. Mas quando tem um bom motivo, você escorrega hoje, mas amanhã você já ergue de novo. Não. Vamos continuar. E o meu motivo era a cirurgia. A cirurgia, quando perde a esperança, perde também a motivação. (...) Só pelo prazer de trocar a comida pela saúde não é suficiente. Não tá sendo suficiente. [Risos] (E3)

O transtorno de compulsão alimentar periódica é definido como um transtorno alimentar caracterizado por um ou mais episódios de compulsão alimentar por semana, em que o paciente come excessivamente, em pequeno período de tempo, seguido da sensação de perda de controle, sem associação com comportamento compensatório. É comum em pacientes com obesidade grave e pode atingir de 11% a 32% nesses pacientes que procuram intervenção cirúrgica (GORDON *et al.*, 2011; FISCHER *et al.*, 2007). Apesar de não diagnosticada com transtorno alimentar, a paciente apresenta certo descontrole em relação a sua alimentação, como demonstra o discurso abaixo:

Não, não tinha horário [para se alimentar] não. Até hoje não tem. (...)  
Não. Infelizmente eu não espero sentir fome, eu não consigo esperar pra sentir fome. (E3)

Além disso, o comer excessivo pode estar associado a complexidade do contexto familiar da paciente, pois tinha dificuldade de lidar com o marido alcoólatra e um dos filhos, dependente químico. O abandono do vício do cigarro foi outro fator associado, pela própria paciente, a sua alimentação. Contudo, mesmo depois do marido e do filho falecidos, total abandono do cigarro, nascimento dos netos, ainda assim é difícil para ela “ter força para parar de comer”.

Desde que eu casei, a minha vida virou um pandemônio, um balaio de gato. E só agora, depois que o meu marido morreu, que o meu filho morreu, que os meus netos chegaram pra trazer, porque neto é uma benção na vida de qualquer vó, é que eu tô me sentindo, assim, mais tranquila, com uma vida melhor, mas ainda assim eu tô comendo muito. Ainda assim eu como muito mesmo. Depois que eu. Aliás, aliás, vamos retroceder aqui. Antes, quando eu fumava, eu não era magrela, mas eu pesava variava de 80 a 96, 92 [quilos]. Nunca chegou a. De 92 [quilos] pra baixo. Depois que eu larguei de fumar, aí a comida virou a ser

prioridade, virou. Eu comia, comia, comia, comia, comia, acabava de comer aquilo, largava o prato e tava procurando outra coisa, tudo no desespero do cigarro. Quando acabou essa. Quando o vício acabou, sumiu, foi embora, eu ainda continuei comendo um bom tempo, já de costume. Aí depois entrei aqui e. E eu já tava com 125 [quilos], quando eu entrei aqui. Foi depois do cigarro foi que a coisa ficou feia mesmo. Quando eu trabalhava, eu tava com 87 quilo. Desde moça. (...) Quando eu era moça, eu pesava 60 quilos, aí casei, passei a pesar 70 [quilos], e, assim, a coisa foi gradativamente, aumentando. Vinha um filho, engordava mais um pouquinho, vinha outro filho, depois, outro, outro, outro. E assim o trem foi. Só foi aumentando, aumentando, aumentando, aumentando. Quando chegou no 125 [quilos], parou, estacionou. E eu também disse não, estou engordando demais, até eu mesma dei uma. Quando eu comecei aqui, sem a ajuda de medicação, eu consegui emagrecer uns 6 quilos. Depois, a endocrinologista me passou a fluoxetina, no começo ajudou muito, hoje eu posso tomar quatro, cinco, que não adianta mais, ela não faz mais efeito. Então, tá complicado bichinha, tá complicado. Não tem uma bengala pra me segurar, pra ter força pra parar de comer. (E3)

Os motivos sociais envolvem pessoas, ou seja, a partir de interações sociais desenvolve-se o comportamento específico. Ainda há discussões sobre sua origem ser biológica ou aprendida quando criança, no entanto, sabe-se que rege a maioria do comportamento cotidiano (MURRAY, 1986, p. 132-33). Possivelmente o apoio da família, em especial dos netos, no caso da paciente, será muito importante para a sua motivação em seguir com o tratamento. Além disso, o tratamento multidisciplinar, mas, principalmente, psicológico possui importante papel, tendo em vista a situação psíquica da paciente, expressa em suas narrativas.

Do ponto de vista nutricional, apesar de a paciente considerar mais difícil seguir as orientações nutricionais, revela esperança para receber outro plano alimentar, pois não desistiu de emagrecer, mesmo desmotivada.

No começo, esse plano foi que me ajudou. Que eu emagreci os seis quilos. Depois veio a fluoxetina. Mas, eu já não tava seguindo mais aqui esse plano não. Mesmo porque, eu não sei explicar direito. Eu não sou muito disciplinada para ficar seguindo isso. Foi o que eu te falei, a gente se estressa e, a gente se estressa e larga tudo pra lá. Pelo menos abandona um pouquinho, não é tão rígida. Mas, no começo até que funcionou bem. Hoje, já é mais difícil. Mas, mesmo assim eu vim buscar, ela fez, eu não vim buscar, eu espero que ainda esteja aí, porque eu quero um desses novamente. (...)

Porque a penúltima, eu nem olhei pra cara dela. A penúltima dieta que eles me fizeram. Mas eu tô ansiosa para conseguir a próxima, pra ver seu eu consigo, pelo menos... Eu posso dizer só uma coisa: eu não desisti. Eu não desisti de tentar emagrecer. Eu ainda tô na luta. Tô sem força, mas tô na luta. (E3)

#### 4.1.4 Paciente 4

O quarto entrevistado tem cinco filhos; 59 anos; trabalha; mora com dois filhos, um filho com a esposa e uma filha com o filho. Ele faz tratamento com a nutrição desde 2008 e não fez a cirurgia bariátrica. Os aspectos que chamaram atenção em seus depoimentos

foram a importância dada pelo paciente a educação nutricional, como forma de evitar a obesidade, e a “força de vontade” como única maneira de perder peso e seguir o tratamento.

O paciente se sente bem com as orientações nutricionais e enfatiza a necessidade de existir educação nutricional nas escolas, algo que ele nunca aprendeu quando criança e nem os pais puderam ensinar.

Eu me sinto, me sinto muito bem. Procuro seguir o máximo da dieta, as orientações que eu tenho aqui, não só das nutricionista, como das psicólogo, né? Inclusive, depois que eu comecei a participar, eu me reeduquei. Aqui a gente, quando a gente não tem essas orientações, a gente faz as coisas assim, super desordenado, por isso, que a gente chega nessa situação que a gente chega, né? Essas gordura, aí desordenada, essas, é, como é que fala? Essas gordura mórbidas aí que depois só vem a prejudicar a gente por falta de orientação. Porque se desse, isso deveria ser matéria até de escola. Acho que deveria ter orientação desde o primário. Que tem coisa que a gente não tem. Porque os pais, na maioria das vezes, como eu mesmo, não tive orientação em casa. Que meu pai e a minha mãe não tinha orientação acadêmica nenhuma. Era semi-analfabetos. Então não tinha nada pra passar pra gente. Então, foi criado assim a Deus dará e... Então a gente vem ter essas orientação já depois de velho, aí já, capaz, de já vinha fazendo errado há muito tempo. (E4)

Além da perspectiva biológica do suprimento de necessidades fisiológicas, alimentar-se consiste em um ato social e cultural carregado de simbolismo. Ou seja, quando uma pessoa se alimenta não apenas nutre seu corpo, mas também está colocando em prática códigos sociais que acabam estabelecendo, de maneira dinâmica, relações entre os indivíduos dentro da sociedade e entre o indivíduo e a natureza (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 49-55). Nesse contexto, a comida, como um dos elementos culturais no processo de formação e reconstrução de identidades sociais, se constitui um marcador identitário, ou seja, um símbolo de uma identidade reivindicada por um grupo. Assim, a comida define, segundo DaMatta (1986, p. 33-43), não apenas o que é ingerido, mas também a pessoa que o ingere. Diferentemente, de acordo com esse mesmo autor, o alimento é apenas a substância alimentar, na qual há propriedades nutricionais para manutenção da vida.

Dessa maneira, a comida é uma forma de estabelecer uma divisa não apenas entre culturas de países diferentes, mas também entre pessoas de classes sociais distintas residentes em um mesmo país. Para as pessoas de baixa renda, os alimentos considerados como “comida” são os classificados como “fortes”, como o arroz, o feijão e a carne, que “sustentam”. O oposto são as frutas e hortaliças que servem apenas para “enganar” a sensação de fome e não “enchem barriga”. Assim, o aspecto nutricional não é considerado

para essa classificação, mas sim, a sensação de saciedade que os alimentos proporcionam, pois, os considerados “fortes” são ricos em gordura e demoram para ser digeridos (ROMANELLI, 2006).

A alimentação das pessoas com baixo poder aquisitivo é monótona e por vezes repetitiva, por causa do que acredita ser “comida”, além disso, as condições econômicas e sociais restringem o acesso a outros tipos de alimentos. Portanto, o paciente pode, em um contexto social desfavorável, ter crescido em ambiente com concepções alimentares restringidas a alimentos “fortes”, em detrimento da ingestão de frutas e hortaliças. Por isso, a referência à importância da educação pode ter sido feita como maneira de evitar ou diminuir essas classificações dos alimentos, talvez vividas pelo paciente (ROMANELLI, 2006).

Os tipos de alimentos que mais ingeria e teve dificuldade em retirar da alimentação era “o doce”. Os filhos das famílias com restrições econômicas precisam se adaptar às normas alimentares da casa. O paciente, possivelmente, teve, desde criança, preferências por guloseimas, como doces e refrigerantes, considerados mais apetitosos, e com valor simbólico próprio, geralmente associado ao espaço alimentar dos “ricos”. Entretanto, mesmo com restrições durante a infância, provavelmente, o paciente levou consigo essa predileção para a idade adulta (ROMANELLI, 2006).

Doce. Muito doce. Muito refrigerante. E hoje, graças a Deus, eu consegui eliminar. E vamo vê se eu consigo manter isso aí.

A reeducação alimentar e as recomendações dadas nas consultas ajudam o paciente a seguir com as mudanças em suas práticas alimentares. Ele considera que é fazer o “certo”.

Até as orientações de vocês mesma já é uma ajuda e tanto. (...)  
Ah, o quê me ajuda é a educação mesmo. É a gente procurar fazer o que é certo. É o que tem que fazer, seguir o que é certo. No meu entender, é isso. Porque tem fazer o que tem... (E4)

O discurso do paciente marca a incorporação das recomendações nutricionais, mesmo diante de situações de comensalidade, como nas festas de fim de ano.

É, por exemplo esse final de ano mesmo, eu estive na casa de minha filha, tinha várias, vários pratos. Nem por isso, eu coloquei, porque tinha vários pratos, eu tive que comer de tudo, porque tinha vários; não. Eu comi aquele, aquela quantia certa mesmo, sem necessidade de ter que abusar do, na quantidade. Não, o negócio é qualidade. Foi na verdura, na quantidade certa de carboidrato, na proteína, a gente vai ficando um pouco calejado, né? [Risos] (E4)

Dessa forma, semelhante à paciente dois, o entrevistado parece considerar a obesidade como um “mal absoluto” que pôde ser tratado com o conhecimento sobre nutrição, identificado nos depoimentos acima. O “absurdo” da situação em que se encontrava, expresso na dificuldade em respirar, além da chance de ser submetido à cirurgia bariátrica, motivam o paciente a mudar as práticas alimentares. Motivações também similares às encontradas nos discursos da segunda paciente entrevistada (LAPLANTINE, 1991, p. 102-4).

Acho que mais era a possibilidade da cirurgia, né? Porque, eu, eu era bem mais gordo do que eu sou agora, então eu tinha uma dificuldade muito grande de respiração. E até pra dormir era uma dificuldade muito grande. Tinha dia que eu tinha que, eu não conseguia dormir deitado, eu tinha que dormir encostado na cama, sentado. (...) Mas é, a situação é essa, aqui a gente. É necessidade. A gente.. Até que se você olhar pra mim assim, você pensa até que eu não sou muito gordo. Mas é só a perna e os braço mas, quando chega no abdômen, o bicho pega. Porque, eu tinha muito problema respiratório, muito, muito mesmo e com a alimentação aí, eu tenho melhorado consideravelmente. Graças a Deus, eu tenho, com as orientações que eu tenho tido aí, eu tenho. (E4)

A falta de força de vontade, por outro lado, foi considerada pelo paciente o único fator que dificulta a mudança na alimentação. Assim, na concepção do entrevistado, os obesos graves são responsáveis por suas ações, pois podem controlar a sua vontade. Portanto, aqueles que não emagrecem não o fazem porque lhes “faltam vontade” (MURRAY, 1986, p. 14).

Acho que é, é só a falta de vontade mesmo. É só o quê que atrapalha. Só mesmo. (...) É tanta gente que não gosta de, de verdura, tanta gente que não gosta de fruta. Ah, eu não como isso, eu não como aquilo. Então, é aonde uma reeducação alimentar é difícil. Né? Não é o meu caso, é como eu já disse pra você. Eu pra te ser franco, verdura, eu como tudo quanto é tipo de verdura, jiló, tudo. Fruta, eu como tudo quanto é tipo de fruta. Eu como. Não vou dizer pra você que carne, eu como tudo quanto é tipo de carne, porque caça eu não como, porque, nem poder a gente pode comer, né. Então, é só ter a reeducação alimentar. Então é, só a falta de força de vontade. É o único jeito, não tem condições mesmo de não dar certo, só se num quiser mesmo. Aí, não tem como. Aí não tem como mesmo. (E4)

Tal concepção pode ser controversa, pois vários fatores podem influenciar a saúde de um indivíduo e também as escolhas alimentares que realiza. Os determinantes sociais da saúde são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, os quais estão relacionados ao desenvolvimento de problemas de saúde e os seus fatores de risco. Assim sendo, a “falta de força de vontade” pode não ser isoladamente a única razão para a dificuldade de seguir o tratamento, pois a pessoa está inserida em um contexto social, econômico, cultural, psicológico, além de também ser influenciada pela sua história de vida (BUSS; FILHO, 2007).



#### 4.1.5 Paciente 5

A quinta entrevistada não tem filhos; 53 anos; trabalha; mora sozinha. Ela faz tratamento com a nutrição há cinco anos, parou dois e voltou em 2012. Não fez a cirurgia bariátrica e possui diabetes com insulino-dependência desde 2000. As perspectivas relevantes, a partir da entrevista, foram o relacionamento profissional de saúde-paciente e sua influência na motivação para seguimento do tratamento, além disso a necessidade de melhor compreensão dos profissionais sobre a condição da obesidade grave também foi citada.

A ajuda multidisciplinar foi considerada importante para o autocontrole em relação a alimentação. A necessidade de a equipe de saúde compreender o excesso de peso dos pacientes e as práticas alimentares que possuem é ressaltada pela entrevistada.

Tudo isso me ajudou muito aqui. No acompanhamento... Tanto com a psicóloga como com a nutricionista. Agora, o endócrino [endocrinologista] é muito pouco tempo que a gente conversa com ela, né? Na verdade, nesse tempo eu nunca tive, assim, um bom aproveitamento com a endócrino. Eu achei assim... Elas tratam a gente muito mal, assim, não é como essas meninas aqui [da nutrição], aqui elas entende. Porque não é porque a gente quer que a gente come desse tanto. Que a gente é gordo, que a gente não se controla, né? Controla, assim... (E5)

A paciente teve maior dificuldade de aplicar o plano alimentar no início do tratamento. Quanto às orientações nutricionais, se sente bem por causa do incentivo dado, principalmente, pela professora responsável pelo projeto PASSO, para continuar com as mudanças na alimentação.

Lembro. Tenho [o plano alimentar]. Não, aquilo ali. Foi difícil no início, né, mas como já tem muito tempo, não é, não é muito difícil não. (E5)  
(...) Bem, porque aí eu penso assim: Ah, eu vou começar tudo de novo. Sempre, sempre tem pessoas, tem umas que é boa, tem umas que não é muito não, mas sempre elas, assim, elas incentivam a gente sempre a recomeçar, sabe? Não fica, assim, condenando a nossa fraqueza, sabe? Porque a gente recai, então eu acho bom. (E5)

De acordo com Mary Douglas (1966, p. 7), a impureza está inserida na vida social em dois níveis. O nível funcional é aquele mais explícito, encontrado na interação entre pessoas, de forma a influenciarem mutuamente seus comportamentos. Assim sendo, os perigos auxiliam na manutenção da “ordem ideal” da sociedade, uma vez que os possíveis transgressores estariam intimidados pela possibilidade de tornarem-se impuros. Esses supostos perigos acabam por admitir o poder de imposição de um indivíduo sobre outro. Nesse contexto, a narrativa da paciente demonstra esse poder de coerção dos profissionais

de saúde diante do “perigo” que as práticas alimentares inadequadas representam e da consequente “impureza” observada a partir do excesso de peso.

Além disso, a compreensão da doença na perspectiva do paciente pode ser diferente da do médico e acabar se tornando um problema para o tratamento. O profissional de saúde necessita se desvincular o máximo possível dos conceitos difundidos na sociedade de que as pessoas obesas são culpadas de sua própria condição, porque comeram excessivamente, realizaram escolhas alimentares “reprováveis” e optaram por alimentos que não poderiam e nem deveriam ser ingeridos (GOLDENBERG, 2011).

Desse modo, Helman (2009, p. 140-41) sugere seis estratégias para evitar conflitos entre paciente-médico, entre elas, a compreensão da doença. Os profissionais de saúde, e, em especial, o médico precisam buscar entender como os pacientes e as pessoas ao redor deles concebem a origem, o significado e o prognóstico do estado de saúde, bem como outros elementos que afetam a vida dos pacientes, por exemplo, renda e relacionamentos sociais. As reações emocionais à doença ou à condição clínica, seja raiva, tristeza, vergonha, culpa, medo, também são importantes além dos dados patológicos. A autora sugere ainda a coleta de dados sobre origem cultural, religiosa e social; situação econômica; experiências anteriores com problemas de saúde; desejos e temores e, quando possível, sobre sofrimento em geral, com o objetivo de situar as explicações dadas pelo paciente sobre saúde em um contexto ampliado.

A frequência dos atendimentos com a equipe de nutrição influencia na manutenção das práticas alimentares recomendadas, inclusive em situações de comensalidade. Dessa forma, as consultas acabam sendo fator de motivação para a paciente continuar colocando em prática as mudanças na alimentação. Além de que, em qualquer lugar, contanto que tenha as preparações que gosta, ela revela tendência em comer mais.

Menina. É tudo. O negócio. A comida me persegue, assim. Eu penso em comida 24 horas. Eu, tanto faz, sendo uma comida boa, uma coisa, assim, que eu goste. Pra começar, eu só vou nos lugar que, as comidas que eu gosto, né? Que tem a salada e tudo, mas que tem uma carne que eu gosto, o arroz bonito que eu gosto. Não gosto de comer qualquer arroz, qualquer. Eu já tentei até comer o integral, mas não consegui muito não. É, então tanto faz, não tem esse lugar, assim. Por exemplo, se eu tô sozinha eu como, se eu não tô sozinha eu como assim mesmo. risos. Né, não tem. Agora...Mas, sabe que não. Que agora esse final de ano, por exemplo, não sei se é porque eu fiquei longe aqui da nutricionista, que eu perdi minha última consulta no ano passado e, esse ano, só agora tô voltando. Eu tava com visita em casa, uns sobrinhos, né?, aí essa desculpa de fazer comida pro povo, aí eu comi, acho que eu comi mais. (E5)

As informações recebidas durante o tratamento são elementos que ajudam a mudar as práticas alimentares. Apesar de valorizar as explicações científicas, em seu discurso, parece que a paciente não possui a percepção de doença como um “absurdo” ou “azar”, que não possui significado (LAPLANTINE, 1991, p. 102-4).

As informações, né? E a ajuda de pessoas, assim. Porque a ajuda de pessoas da família ou colega gorda também, não adianta. Assim, elas falam e a gente não acredita, porque elas estão gorda, então elas não come ou elas tão mentindo, tá entendendo? E já que, assim, as informações da nutricionista ou da psicóloga, mesmo assim, a partir que a gente tem. A gente conscientiza, tem mais ideias de trocas de alimentos, né? Em vez de comer isso, come aquilo. Tá entendendo? Enfeitar o prato. Preparar o ambiente, não comer de frente a televisão, pra não ficar, mastigar mais, né? Porque de frente à televisão, você não vê o tempo, você come mais rápido. Não ingerir água, suco, essas coisas durante as refeições. É o que ajuda. Assim, a diferença que faz, tá entendendo? Que eu sinto assim, que pelo menos a barriga murcha um pouco, quando a gente come assim certo, né. Mastiga mais, come menos. Hoje eu sei que se eu mastigar mais, eu vou comer, ingerir menos porque, quando eu mastigo. Eu só dou uma volta e engulo, engulo, engulo, sabe? Aí eu como mais. (E5)

No depoimento acima, a paciente atribui legitimidade ao discurso dos profissionais de saúde. Assim, as explicações do senso comum sobre doença e, nesse caso, nutrição podem não ter independência, assumindo as explicações científicas do discurso médico como “única verdade”. Provavelmente, isto se deve à distância social que a separa dos profissionais de saúde. No estudo de Pinto e Bosi (2010), a autopercepção do corpo como detentor de obesidade foi apontada, nos discursos das pacientes, à explicação do médico, evidenciando, segundo as autoras, a relação de poder implícita entre paciente-médico. Além disso, o fator motivador para as escolhas alimentares recomendadas, por exemplo, preferir uma fruta ou hortaliça a fritura, foi baseada pela entrevistada somente pelas “calorias” de um alimento. A explicação biológica sobre a glicose, pelo fato de ser diabética, também ficou bem evidenciada em seu discurso, o que demonstra claramente a adoção das explicações científicas médicas e nutricionais (PINTO; BOSI, 2010).

Pois então, é onde que eu vejo as calorias, né? Porque eu não preciso. A vontade de comer é a fritura, é a massa, é um doce. Mas a fruta eu sei que ela me alimenta, né? Ela me alimenta e sustenta. E assim, ali não tem tanta caloria como não tem a glicose que eu também sou diabética, né. Não tem o açúcar. Como a fritura, o óleo produz, no sangue de novo, a quantidade né, aumenta a glicose, no caso. E a fruta já ajuda a diminuir. (E5)

## **4.2 Análise horizontal**

### **4.2.1 Todos os pacientes**

As alterações físicas quantificadas a partir de mudanças fisiológicas, em comparação com as condições consideradas normais ou esperadas consistem, basicamente,

na definição médica de saúde. As doenças são entes dotados de características próprias, sinais e sintomas típicos. Dessa forma, em qualquer lugar do mundo, de acordo com a visão médica, determinada afecção será idêntica em quaisquer culturas ou sociedades. Assume, portanto, “identidade recorrente” com características “universais em forma, progresso e conteúdo” (HELMAN, 2009, p. 114-15).

Por outro lado, as pessoas, as famílias, os grupos culturais e as classes sociais podem ter, cada um, concepções diferentes sobre saúde e doença. A saúde é vista além da inexistência de sintomas físicos, desse modo, é multidimensional e abrange estado psicológico, social, físico e espiritual. O distúrbio de qualquer aspecto, incluído em sua definição, pode ser caracterizado como doença. Para alguns povos africanos, por exemplo, a maldade intencionada de seres semelhantes aos humanos ou humanizados, como feiticeiros, gênios, espíritos ou mesmo Deus, intervêm por meio do “destino”, de maneira que o patológico é concebido em termos das relações humanas e a “doença” como um desequilíbrio. Tal desequilíbrio pode se dar entre o grupo ou entre o grupo e a natureza ou ainda entre eles e o mundo sobrenatural (HELMAN, 2009, p. 118; LAPLANTINE, 1991, p. 67).

Fox *apud* Helman (2009, p. 118) aponta um estudo feito nos Estados Unidos em 1960 que demonstra a diferença da percepção de doença entre classes sociais. As pessoas com maior poder aquisitivo frequentemente relatavam ao médico dor lombar, como um sintoma anormal. Já as pessoas com menor condição sócio-econômica consideravam essa dor como “uma parte inevitável e inócua da vida e, assim, inapropriada para se levar a uma consulta médica”. Dessa forma, a necessidade de continuar trabalhando, por causa da restrição econômica, contribui para a concepção de saúde de modo “funcional”, independente de como a pessoa se sinta fisicamente.

Tendo em vista os determinantes sociais da saúde, a doença não pode ser analisada apenas sob o ponto de vista fisiológico. Como demonstra os dados obtidos durante este estudo, os quais apontam para a relevância dos contextos sociais e culturais de inserção dos sujeitos, extrapolando suas condições biológicas (BUSS; FILHO, 2007).

Sendo assim, estão incluídas no decurso do adoecimento as experiências subjetivas de modificações emocionais e no corpo, além das percepções dessas alterações por outras pessoas. As sociedades possuem formas convencionadas de identificar o que caracteriza saúde e os sinais e sintomas anormais, de modo que o paciente demonstra a doença de

maneira reconhecível para a sociedade onde vive, com o objetivo de mobilizar ajuda e cuidado (HELMAN, 2009, p. 119).

Os cinco pacientes entrevistados para a pesquisa possuem perspectivas diferentes sobre saúde e doença, constroem uma diversidade de percepções simbólicas sobre sua condição e também vêm de maneiras desiguais as estratégias para o tratamento da obesidade. A partir disso, encontram distintas motivações para seguir o plano alimentar e colocar em prática as orientações nutricionais durante o tratamento. O terceiro entrevistado tinha a percepção da obesidade, por meio da dificuldade de respiração e, conseqüentemente, da falta de ar no momento de dormir.

(...) eu era bem mais gordo do que eu sou agora, então eu tinha uma dificuldade muito grande de respiração. E até pra dormir era uma dificuldade muito grande. Tinha dia que eu tinha que, eu não conseguia dormir deitado, eu tinha que dormir encostado na cama, sentado. (...) Mas é, a situação é essa, aqui a gente. É necessidade. A gente.. Até que se você olhar pra mim assim, você pensa até que eu não sou muito gordo. Mas é só a perna e os braço mas, quando chega no abdômen, o bicho pega. Porque, eu tinha muito problema respiratório, muito, muito mesmo e com a alimentação aí, eu tenho melhorado consideravelmente. Graças a Deus, eu tenho, com as orientações que eu tenho tido aí, eu tenho. (E4)

A doença é sentida por meio dos sintomas, como expressa a narrativa acima. A primeira paciente entrevistada também considera o estado de saúde como relevante em seguir as orientações. Essa concepção, apesar de não estar totalmente evidente para ela, é reforçada quando sente-se mal nas vezes em que não se alimenta no horário recomendado.

Ele [o plano alimentar] sempre fica lá [na geladeira] e eu sempre fico vendo o quê que eu tenho que comer. Relembrando o quê que eu tenho que comer. Mas agora, nem precisa porque. Com diabetes, minha filha, nem precisa de receita porque tem que fazer mesmo. Queira que não queira, né? (E1)  
Agora tem um porém, se eu passar do horário de comer; eu como 12h30 até 13h, eu dou conta de comer sem passar mal. Aí se eu passar desse horário, aí me dá essa ansiedade de eu comer muito. Se eu passar desse horário, se eu não passar... Aí também eu como muito e passo mal. Parece que meu organismo, meu intestino, já acostumou com aquela quantidade que a médica [nutricionista] passou. Ou é meu consciente que já se acostumou com aquilo que a médica [nutricionista] passou para mim. Então eu tenho que comer só aquela duas colheres de arroz, então eu só como aquela duas colheres de arroz. (E1)

Situação diferente foi encontrada com a paciente cinco, apesar de também ser diagnosticada com diabetes. Não ficou claro se a obesidade percebida como doença, a motivou a procurar tratamento multidisciplinar com inclusão do procedimento cirúrgico ou se o mal-estar causado pela diabetes teve influência na decisão de mudar suas práticas alimentares, por meio do tratamento no HUB. Em seu depoimento, destaca a ajuda da equipe de nutrição e, conseqüentemente, a obtenção de maior controle da diabetes.

Eu tratei no Hospital de Base com nutricionista lá, mas mesmo assim as consulta lá era menos do que a. Era como aqui a endócrino, né. Era muito. Mais endócrino, menos nutricionista. Aí eu saí, foi no início de 2002, mais ou menos. Aí eu parei. Aí eu comecei a tratar no posto, só tomando remédio pra diabetes, mas não tinha o acompanhamento, assim. Quando falava em nutricionista eu achava, assim, um absurdo, porque elas iam tirar tudo que a gente ia comer, mas elas ajudam muito, assim, com ideias, né? Que a gente pode substituir uma coisa com a outra. E, então a nutrição que ajuda, muito. Aí o diabetes também, ajudou a controlar mais, né. (E5)

Para a paciente três, a “doença” parece estar inserida no contexto psicológico. Mesmo após sua situação social estar melhor, de acordo com a própria visão, ela não consegue “parar de comer”. Deixou claro que a melhora do estado de saúde não é um “impulso” suficientemente forte para mudar as práticas alimentares. Assim, nem as dores que sente ao caminhar parecem estar incluídas em seu conceito de “doença” e nem servem de motivação para seguir o tratamento no cotidiano.

E só agora, depois que o meu marido morreu, que o meu filho morreu, que os meus netos chegaram pra trazer, porque neto é uma benção na vida de qualquer vó, é que eu tô me sentindo, assim, mais tranquila, com uma vida melhor, mas ainda assim eu tô comendo muito. Ainda assim eu como muito mesmo. (...) (E3)  
Só pelo prazer de trocar a comida pela saúde não é suficiente. Não tá sendo suficiente. (E3)  
(...) E pra eu sair de casa, pra eu sair de casa é muito sofrido, muito dolorido, cada vez tá pior. Então, eu tô muito descrente de começar a fazer esses exame tudo outra vez. Vir aqui, uma despesa enorme. Porque quando eu não aguento andar de ônibus, meu genro me trás, eu volto de táxi. (...) (E3)

No entanto, a sensação de adoecimento, para a entrevistada dois, pode ter influenciado sua decisão de procurar ajuda médica, como aponta o discurso abaixo. Além disso, a mudança física, com a adesão ao tratamento, também a faz sentir-se mais “saúdável”.

(...) Principalmente, minha saúde que melhorou muito. Porque, eu já tava pré-diabética, né? Colesterol, quando eu cheguei eu tava com colesterol era 630, meu triglicerídeos era 1740. Meus primeiros exame meu daqui eu lembro direitinho, porque foi um absurdo. E eu tinha muita dor, articulação, né? Dores demais, demais... Sério, eu estava sedentária e tomava remédio para dor direto. E essas dores foi diminuindo também. E hoje eu estou com outra vida, né? [Risos...] (E2)  
Que eu tinha uma saúde péssima e depois a minha saúde foi melhorando. Eu, na época, eu tomava muita Coca-Cola. Meus pés rachavam de sair sangue. Eu andava mais de sapato fechado, porque eu tinha vergonha dos meus pés. Então o médico já tinha falado para mim: a senhora para de tomar refrigerantes que refrigerantes ajuda a rachar os pés, né. Aí eu achava que era besteira do médico também, né. Aí, quando eu comecei a passar com a nutrição aqui, né, e a endócrino, que eu tirei totalmente os refri. Eu mesma... O médico falou que era melhor eu tomar os sucos naturais, né, que eu fiz essa mudança. Aí meus pé nunca mais rachou, nunca mais usei creme no pé, aí não rachou mais. Eu era cheia de manchas pretas no rosto, por todo lado. Meu rosto era todo manchado de preto. Foi sumindo também, já tá quase desaparecendo tudo. Então eu descobri tudo que, tudo que o médico foi falando para mim, eu fui seguindo e fui descobrindo que é o certo. Então a, o que vale tudo isso, quer dizer, é a nossa obediência ao tratamento. Se não fizer certo, também não adianta nada. (E2)

Os modelos são construções teóricas que tentam abordar o conhecimento obtido a partir dos dados, na tentativa de explicitar elementos que não estejam totalmente evidentes nos achados. Dessa forma, o modelo da doença maléfica é característico do Ocidente e consiste, a partir do saber médico baseado na separação do sofrimento físico do social, no conceito de “mal absoluto”. Paralelamente, os pacientes, inseridos nessa cultura, acabam sendo ensinados sobre a negação da doença ao nível do sentido. Assim, a consideram como vazia de significação e assumem o “sentido médico” de prevenção de doenças e da morte (LAPLANTINE, 1991, p. 102-4).

Porém, o modelo da doença maléfica não é absoluto e muito menos único. Segundo Helman (2009, p. 116), há uma variedade de perspectivas distintas, mesmo no ocidente, sobre as atuações médicas, de maneira que os modelos médicos também estão ligados à cultura. Treinamentos diferentes desses profissionais podem gerar condutas e abordagens desiguais.

Os depoimentos de todos os pacientes entrevistados contêm elementos que indicam a compreensão das orientações nutricionais e das práticas alimentares consideradas adequadas. Os pacientes parecem assumir as explicações científicas e orientações como legítimas, apesar de que nem todos aparentam possuir a percepção da obesidade como sendo um “azar”, um “absurdo”. Mesmo não admitidas no primeiro momento, ao longo do tratamento, as orientações nutricionais foram consideradas o “certo” a ser feito, suplantando práticas alimentares que eram realizadas anteriormente. De certo modo, isto demonstra o impacto do tratamento multidisciplinar e, em especial, nutricional na vida dos pacientes.

O enfrentamento entre as novas e as antigas práticas alimentares gera uma tensão expressa na contradição observada em alguns pacientes, que ainda não conseguem colocar em prática todas as mudanças na alimentação, embora tentem aplicá-las no dia-a-dia. No entanto, de acordo com as próprias percepções, já apresentam mudanças alimentares, mesmo que não mensuradas em termos de peso perdido.

Agora eu sei o que eu como, eu sei o que eu não como, o que eu posso comer e o que eu não posso comer. (E1)

Ah, eu, assim, acho que eu estou fazendo a coisa certa, né? Bastante verduras, todo dia. Frutas, eu como, às vezes, duas, três qualidade de fruta por dia. Quando não é a fruta é o suco da fruta, né? E aquelas comida maluca que eu comia exageradamente, pratão de macarrão, eu não como mais. Não como macarrão (...) (E2)

Hoje eu já me preocupo. Já em não comer batatinha com arroz, se comer macarrão, come só macarrão, já não boto arroz nem feijão. Hoje eu já separo, mais ou menos. Não tá como deve ser, como a nutricionista quer, não. Mas mudou, mudou bastante. Já não

tomo mais líquido durante as refeições, eu não tomo mais suco durante as refeições, nem tomo água. (E3)  
(...) Tive ajuda, mas, é, mas tô me cuidando mais, tô procurando fazer as coisa mais, mais certa, procurando fazer tudo certinho dentro do que manda o figurino. É, comer de em três em três hora, comer minha fruta, é, almoçar no horário certo. (E4)  
Pois é, assim, hoje eu tento, pelo menos tento, comer assim só o necessário. Não fico assim. Eu como salada, não almoço sem salada, não almoço nem janto sem verdura, né? Não como a quantidade de carne que eu comia. Diminui tanto a carne bovina, como o frango, ou qualquer coisa assim. Eu comia muito. Né. E hoje eu como bem menos no almoço e no jantar. Mastigo mais. (E5)

A necessidade da existência de motivação foi relatada por todos os pacientes. Contudo, a “força” que a motivação proporciona em continuar com as mudanças alimentares foram variáveis entre os pacientes, bem como os elementos que a compunha. Os discursos abaixo expressam alguns desses elementos:

Eu me sinto mais motivada. Elas [nutricionistas] ajudam muito. No dia-a-dia da nossa vida. (E1)  
Pelo motivo da mudança do meu emagrecimento e pelo motivo da mudança da minha saúde que virou o contrário, né? Que eu tinha uma saúde péssima e depois a minha saúde foi melhorando. (...) (E2)  
(...) Porque pra você fazer um regime, é uma coisa muito... Você não sabe o que é que é isso. É muito complicado, é muito difícil, é muito estressante, você se estressa muito. E, e a gente acaba dando umas escorregada. Mas quando tem um bom motivo, você escorrega hoje, mas amanhã você já ergue de novo. Não. Vamos continuar. E o meu motivo era a cirurgia. A cirurgia, quando perde a esperança, perde também a motivação. (E3)  
Acho que mais era a possibilidade da cirurgia, né? Porque, eu, eu era bem mais gordo do que eu sou agora, então eu tinha uma dificuldade muito grande de respiração. (E4)  
Pois então, é onde que eu vejo as calorias, né? Porque eu não preciso. A vontade de comer é a fritura, é a massa, é um doce. Mas a fruta eu sei que ela me alimenta, né? Ela me alimenta e sustenta. (E5)

A teoria cognitiva é baseada no conceito de que o homem é racional, portanto possui vontades e busca os meios para obtê-las. Nesse caso, não é tomado por forças, as quais não pode controlar, ao contrário, pode controlar suas vontades, sendo responsável por suas ações. Existem outras teorias sobre motivação, mas esta é bastante utilizada em estudos de saúde envolvendo mudanças nas práticas alimentares e aumento da atividade física (MURRAY, 1986, p. 13-5; CHANG *et al.*, 2008).

O comportamento humano é definido, nessa teoria, a partir do resultado da interação entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. Apesar de reconhecer o papel do ambiente no comportamento, seu enfoque é o potencial que as habilidades das pessoas tem em alterar e construir situações que comportam o objetivo que traçaram para si mesmas. Além disso, enfatiza a capacidade de as pessoas agirem coletivamente, trabalhando em conjunto para mudanças que beneficiem todo o grupo (MCALISTER *et al.*, 2008, p. 169-88).



A “força de vontade” foi um aspecto motivador presente em todos os discursos, mesmo de modo indireto. Além disso, de modo similar aos conceitos da teoria cognitiva, na percepção dos pacientes, a força de vontade caracteriza o esforço que precisam empreender para a mudança das práticas alimentares, bem como do autocontrole para a manutenção dos novos hábitos. Os pacientes dois e quatro, em especial, deixam explícita essa relação:

Mas depois que eu comecei me tratar com endocrinologista que veio a psicóloga aí não. Agora não. Agora eu como, comendo minha dieta, o que eu como me satisfaz. Eu lancheo eu fico satisfeita. Agora meu estômago, meu organismo, eu como aquele tanto e fico satisfeita. Como bem no domingo mesmo, eu almocei, aí minha tia assou lá um peixe e me chamou. Eu digo, eu já almocei que sempre que eu almoço eu não, ela já sabe que eu não gosto de comer. Mas como foi peixe, digo não, vou comer peixe. Fui lá comi aquela porção de peixe pequenininha, aí já não jantei porque meu estômago já não pediu mais para mim jantar mais. Mas eu fico satisfeita com aquela dieta. (E1)

No começo, eu sentia muita vontade, assim, de comer as coisas gostosas que eu comia antes, mas que da alimentação que eu vinha fazendo antes, né? [antes de começar a fazer o tratamento] (...) Depois que eu operei, às vezes, vinha a vontade. Inclusive eu fiz uma galinha caipira, aí e eu tive vontade de comer essa galinha caipira com farinha. Aí eu coloquei dois pedaços de galinha caipira no prato, coloquei a farinha, aí coloquei na boca. Aí eu falei: Não, pra quê que eu tô fazendo isso? Agora que eu já operei, agora que eu vou ter que fazer mais direitinho ainda. Pra quê que eu tô fazendo isso? Aí joguei no lixo aquele, coloquei um pedaço de frango e coloquei as verduras e comi. Passou. Mas, assim, no início, de vez em quando, me dava essa vontade de comer alguma coisa gostosa assim do passado. Mas só que, que, às vezes, eu colocava pra comer e me arrependia e jogava fora. Não comia. E às vezes eu nem colocava. E agora não, agora eu não tô... Depois, foi passando, mudando, aí eu não coloco mais. Eu só... inclusive lá em casa só tem o que eu posso comer. O meu marido, a comida do meu marido é arroz, feijão, farinha e carne. Não adianta oferecer outra coisa para ele que ele não come. Então, verduras, frutas. (E2)

Não, na verdade, eu nunca deixei de vim [consultas com a nutricionista]. Se eu deixei, foi pouco tempo. Mas, sem motivação. Se tava marcado eu vinha, mas assim sem... (...) É, sem muito compromisso mesmo, com a perseverança, com a força de comer pouco, de comer menos, de comer o que é certo, de escolher. Isso aí já... (3)

Acho que é, é só a falta de vontade mesmo. É só o quê que atrapalha. Só mesmo. No meu ponto de vista, é só isso mesmo. Porque, eu não vejo outra solução. (...)

É tanta gente que não gosta de, de verdura, tanta gente que não gosta de fruta. Ah, eu não como isso, eu não como aquilo. Então, é aonde uma reeducação alimentar é difícil. Né? Não é o meu caso, é como eu já disse pra você. Eu pra te ser franco, verdura, eu como tudo quanto é tipo de verdura, jiló, tudo. (...) (E4)

À noite. Na parte da manhã, eu controlo mais. Mas à tarde, à noite, assim. A ansiedade é maior, a vontade de comer, assim. É maior. (E5)

O suporte social pode ser diferenciado de outros tipos e funções de relacionamentos sociais, pois possuem sempre a intenção de ajudar, por parte de quem está oferecendo o suporte. Pode ser, ainda, classificado em quatro tipos, que naturalmente tem a possibilidade de ocorrer ao mesmo tempo: suporte emocional, a partir de expressões de compreensão, amor, confiança e carinho; suporte instrumental, com a ajuda prática e de serviços; suporte informativo, com sugestões, conselhos e informação; suporte avaliativo, por meio de informações úteis para a auto-avaliação (HEANEY; ISRAEL, 2008, p. 189-210).

Um dos grupos que promovem o suporte social é a própria família da pessoa. Dessa forma, em pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica, existem vários estudos, de acordo com a revisão de Livhits *et al.* (2011), que confirmam seus efeitos na perda de peso após a cirurgia, ajudando o paciente a lidar com estresses psicológicos e as mudanças alimentares. Nenhum dos pacientes durante as entrevistas, entretanto, citaram qualquer apoio familiar. Somente os pacientes dois e três fizeram referência a família:

(...) porque da minha família praticamente todo mundo dizia: Ah, você já tem 55 anos. Fazer essa cirurgia? Para quê? Você já tá velha! Perto de morrer! Quer dizer, mas sei lá acho que 55. Minha mãe viveu até os 88. Eu ainda tenho muito chão. Pra viver. Agora doente do jeito que eu tô, acho que eu não chego nem aos 60. (E2)  
Desde que eu casei, a minha vida virou um pandemônio, um balaio de gato. E só agora, depois que o meu marido morreu, que o meu filho morreu, que os meus netos chegaram pra trazer, porque neto é uma benção na vida de qualquer vó, é que eu tô me sentindo, assim, mais tranquila, com uma vida melhor, mas ainda assim eu tô comendo muito. Ainda assim eu como muito mesmo. (...) (E3)

Todos os pacientes que participaram da pesquisa caracterizaram as práticas alimentares, antes do tratamento, como comer excessivo e continuamente. Exceto pelo paciente quatro, todas as outras relataram ingerir em demasia “massas” e alimentos ricos em carboidratos. Práticas abandonadas ao longo do tratamento, de acordo com os depoimentos.

O que mais mudou..? Foi a, foi o modo de eu me alimentar. Porque eu comia assim constantemente. Deu fome, eu comia. Ou senão, eu passava muito tempo sem me alimentar. Quando eu vinha me consultar aqui, eu nem café tomava. Só ia almoçar em casa 13h, 14h da tarde. Então eu não tinha horário para me alimentar. E agora não, agora eu tenho horário. (...) Me alimentava mais com pão. Eu sentia fome, aí no lugar de eu comer fruta, eu ia lá e tomava café com pão. Aí seu fosse lanche, eu só lanchava café com pão. (E1)

Ai olha, geralmente, eu era assim: tomava o café, beliscava até dá a hora do almoço. Almoçava, beliscava até na hora da janta. Não tinha aquelas regras de lanches. Não tinha. (...) Ah, era assim, que eu tinha dificuldade na, é como eu te falei, né? De trocar uma maçã pelo, é, trocar o pão pela maçã, né? Era a minha dificuldade. Eu comia a maçã todinha, mas eu queria era pão. Isso era o difícil. Eu comia uma banana, mas pra mim aquilo ali não tinha efeito nenhum. O que ia fazer efeito, se fosse o pão. Ou um prato de biscoito com manteigas ou requeijão. Mas eu me esforçava e conseguia. (E2)

Ah, comia de tudo muito. (...) Carboidrato. Eu não me importava com a quantidade de carboidrato que tava ali misturado. Mandioca, pão, macarrão, tudo misturado e não me preocupava com isso. Hoje eu já me preocupo. Já em não comer batatinha com arroz, se comer macarrão, come só macarrão, já não boto arroz nem feijão. Hoje eu já separo, mais ou menos. (...) (E3)

Comia tudo, tudo que viesse era... Comia com os olhos, o que via que era bonito que era aquilo ali mesmo, que talvez, só porque tava ali na vitrine ali uma, apresentado. Talvez o gosto não era nem aquilo que eu achava, mas tava apresentável. Aí eu comprava, comia. Podia até dar a primeira mordida e jogava o resto fora, mas achava bonito e. Então comia mais com os olhos do que com, propriamente dito, né. Então, hoje não. Hoje a gente já seleciona as coisa e... (E4)

Comia muito, assim, beliscava muito, comia toda hora, comia em quantidades, né? Não comia salada, assim, não preocupava com o tipo de alimentação. Né. (...) Massa mesmo. Macarrão com arroz, batata frita, muita fritura. Isso tudo eu já tirei, consegui eliminar, assim, é difícil. Mas eu já consegui. Às vezes, até se eu como, eu não como, como antes. (E5)

As mudanças observadas na alimentação tradicional de uma sociedade, geralmente, são relativas à adição de açúcar, seguida do pão branco que acaba substituindo outros cereais ou tubérculos menos processados. Assim, o alto consumo de “massas” relatado pelos pacientes, também foi encontrado na Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008/2009), com médias altas de consumo por pessoa, que mora na zona urbana, de produtos prontos para consumo ou processados, entre eles pão de sal, biscoitos recheados, sanduíches, refrigerantes e salgados fritos e assados (HELMAN, 2009, p. 76; IBGE, 2010).

## **5. Conclusão**

No atual estado dos pacientes entrevistados neste estudo, o significado das práticas alimentares constitui uma preocupação com o seguimento das orientações nutricionais, bem como de uma boa adesão à prescrição dietética. Se não plenamente, alguns reconhecem colocar em prática pelo menos determinados aspectos do plano alimentar e das orientações, demonstrando o impacto do tratamento nutricional na vida dos pacientes, mesmo que não identificado diretamente pela perda de peso. Relataram possuir conhecimento, adquirido ao longo dos atendimentos, sobre alimentação e práticas alimentares adequadas, revelando a legitimidade que atribuem ao discurso médico-nutricional e o domínio que esse discurso possui em relação a dimensão do paciente sobre o que “é o certo”. Diferentemente do começo do tratamento, que foi caracterizado pelo comer em excesso e continuamente, principalmente, alimentos ricos em carboidratos.

As motivações para a escolha de alimentos considerados saudáveis parecem estar ligadas aos aspectos facilitadores das mudanças nas práticas alimentares. Sendo assim, a possibilidade de realização da cirurgia bariátrica e o emagrecimento decorrente, além da vontade de melhorar o estado de saúde foram aspectos convergentes nesse sentido, apesar de não estarem no plano da ação propriamente dito, de maneira a constituírem ajuda nesse processo de mudança. Por outro lado, a abordagem multidisciplinar foi um elemento citado que contribuiu, na prática, para a realização de alterações na alimentação. Um elemento marcante, presente no discurso da paciente um, foi a ineficácia do tratamento apenas nutricional, ressaltando a importância do tratamento endocrinológico e, principalmente, psicológico. A entrevistada cinco ressaltou as orientações recebidas para o momento das refeições, como a preparação do ambiente e o alimentar-se em frente à televisão, que a ajudaram a mudar suas práticas alimentares.

A principal barreira citada para a modificação das práticas alimentares foi a inclusão de novos hábitos relacionados ao ato de alimentar-se como a definição de horários e a mastigação. Além disso, apareceram nas entrevistas elementos específicos, como a paciente dois que possuía como barreira, no tratamento pré-cirúrgico, a diminuição da ingestão de alimentos ricos em carboidratos e, logo após a cirurgia, o reaparecimento de desejos de ingerir alimentos que faziam parte das práticas alimentares de antes de começar o tratamento. O paciente quatro citou como única barreira a falta de força de vontade. A entrevistada cinco ressaltou o sabor dos alimentos que passou a ingerir. Portanto, as dificuldades que relataram suscitam o esforço que precisam fazer para alterar suas práticas alimentares, o qual é dependente do tamanho da “força de vontade” e da motivação que possuem para conseguir alcançar as mudanças necessárias na alimentação.

As transformações nas concepções e práticas alimentares foram identificadas em vários momentos dos discursos. Principalmente, os resultados obtidos com o tratamento e a motivação que os entrevistados possuem, os fazem seguir o mais próximo possível das recomendações, em relação a quantidade ou aos tipos de alimentos, independente, de acordo com suas próprias percepções, do lugar, da companhia, do horário ou da forma de preparo (cozido, assado, frito) dos alimentos. Mesmo as pacientes que ainda têm dificuldades, apresentam, em sua própria visão, diferenças nas práticas alimentares em comparação ao começo do tratamento. Agora, possuem o conhecimento, a “educação” e pelo menos tentam colocar em prática alguns aspectos.

Importantes pontos que precisam ser considerados ao analisar o papel da visão de mundo dos pacientes, em relação aos seus comportamentos em saúde, são os tipos de dados que geram. Dessa forma, nesse estudo, os tipos de dados obtidos foram o que as pessoas dizem acreditar, pensar ou fazer. Assim sendo, maior tempo seria necessário para a criação de vínculo com os pacientes, de modo que outros níveis de dados comessem a ser explicitados, como o que as pessoas realmente fazem, o que as pessoas realmente pensam ou acreditam e o contexto dos aspectos anteriores. Além disso, os atributos do pesquisador, sua experiência, também influenciam na coleta de dados, bem como nas interpretações e descrições que acha relevantes. Talvez outro, pudesse analisar as situações de maneira diferente.

Por outro lado, a relevância desse estudo está no fato de ser um dos primeiros, senão o primeiro, a fazer esse tipo de abordagem no Ambulatório. Portanto, serve de

inspiração e suscita mais questionamentos que podem e devem ser respondidos por meio de vários estudos de longa duração. A Nutrição trabalha fundamentalmente com o alimento, que é constituído não apenas de nutrientes, mas também de significados, que são o cerne da Antropologia. As concepções que os pacientes possuem sobre a alimentação e as relações que estabelecem com o alimento durante a vida são importantes aspectos que podem explicar o estado nutricional e de saúde em que se encontram. Por isso, devem ser considerados durante os atendimentos nutricionais, de modo que o paciente possa se sentir motivado em mudar suas práticas alimentares e o relacionamento que possui com os alimentos, os quais na maioria dos casos não são saudáveis. Portanto, mais estudos no âmbito do relacionamento dos obesos com a comida precisam ser realizados para melhor compreensão de suas práticas alimentares e para a construção de estratégias multidisciplinares e de educação nutricional mais eficientes.

## 6. Referências

- ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. **Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações.** Rev. Bras. Cienc. Farm. 40(4): 471-79, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta Pública nº 12**, de 24 de setembro de 2012.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VÍTOLO, M.R. **Comportamento de restrição alimentar e obesidade.** Rev. Nutr. Campinas, 18(1):85-93, jan./fev., 2005.
- BUSS, P.M.; FILHO, A.P. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.
- CANESQUI, A.M; GARCIA, R.W.D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 310
- CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. **A relação médico-paciente: para uma humanização da prática médica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(3): 647-54, 1999.
- CHANG, M.W; NITZKE, S.; GUILFORD, E.; ADAIR, C.H.; HAZARD, D.L. **Motivators and barriers to healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers.** J Am Diet Assoc., 108: 1023-1028, 2008.
- COUTINHO, W. **Consenso latino-americano de obesidade.** Arq Bras Endocrinol Metab. Vol.43, n.1, pp. 21-67, 1999.
- CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não-transmissíveis.** Barueri, SP: Manole, 2009.
- DaMATTa, R. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986. p. 86
- DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; OLIVEIRA, R.G. **Obesidade: fatores genéticos ou ambientais?** Pediatria Moderna, 38(3): 57-80, mar. 2002.
- EUROPEAN FOOD INFORMATION COUNCIL (EUFIC). **The determinants of food choice.** Disponível em: <<http://www.eufic.org/article/en/expid/review-food-choice/>>. Acesso em: 09 abr 2012.
- FILHO, M.B.; SOUZA, A.I.; MIGLIOLI, T.C.; SANTOS, M.C. **Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S247-S257, 2008.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **The state of Food Insecurity in the World. Economic growth is necessary but not sufficient to accelerate reduction of hunger and malnutrition.** Rome: FAO, 2012. p. 49

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O.; FREITAS, C.S.; KLOPPER, M.; SANTOS, R.C.; VIEIRA, P.; LANCHÁ JÚNIOR, A.H. **Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento.** Rev. Nutr., Campinas, 13(1): 17-28, jan./abr., 2000.

FISCHER, S.; CHEN, E.; KATTERMAN, S.; ROERHIG, M. BOCHIERRI-RICCIARDI, L.; MUNOZ, D.; DYMEK-VALENTINE, M.; ALVERDY, J.; LE GRANGE, D. **Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population.** Obesity Surgery, 17: 778-784, 2007.

GARCIA, R.W.D. **A comida, a dieta, o gosto** – mudanças na cultura alimentar urbana. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

GARCIA, R.W.D. **Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar.** Physis- Rev Saúde Coletiva, 7(2): 51-68, 1997.

GOLDENBERG, M. **Cultura e gastro-anomia:** psicopatologia da alimentação da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 17, nº 36, p. 235-256, jul./dez. 2011.

GONÇALVES, C.A. **O “peso” de ser muito gordo:** um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. Mneme – Revista Virtual de Humanidades, 5(1): 1-42, jul./set., 2004.

GONÇALVES, C.A. **Vivenciando o emagrecimento:** um estudo antropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado – Programa de pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

GORDON, P.C; KAIO, G.H.; SALLET, P.C. **Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão.** Rev Psiquiatr., 38(4):148-54, 2011.

HAMILTON, J.; McILVEEN, H.; STRUGNELL, C. **Educating young consumers** – A food choice model. Journal of Consumer Studies & Home Economics, 24(2), 113-123, 2000.

HEANEY, C.A.; ISRAEL, B.A. **Social networks and social support.** In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4rd ed. San Francisco, CA: Jossey- Bass, 2008. p.189-210.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 5 ed. Tradução de Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 432

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro, 2010.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. Tradução de Walter Lelis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 274

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. 4 ed. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papirus, 2009. p. 240

LIVHITS, M.; MERCADO, C.; YERMILOV, I.; PARIKH, J.A.; DUTSON, E.; MEHRAN, A.; KO, C.Y.; SHEKELLE, P.G.; GIBBONS, M.M. **Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review**. Obesity reviews, 12: 142-48, 2011.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu**. Tradução de Sônia Pereira da Silva. Rio de Janeiro: Edições 70, 1966. p. 136 (coleção Perspectivas do Homem, n. 39).

MCALISTER, A.L.; PERRY, C.L.; PARCEL, G.S. **How individuals, environments, and health behaviors interact?: Social Cognitive Theory**. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4rd ed. San Francisco, CA: Jossey- Bass, 2008. p.169-88.

MUHR, T. **ATLAS/Ti for Windows**. Version 7. 2012.

MURRAY, E.J. **Motivação e emoção**. 5 ed. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. p. 178

OLIVEIRA, R.C. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: Unesp, 1998. pp. 17-35

PINTO, M.S.; BOSI, M.L.M. **Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil**. Physis [online], 20(2): 443-457, 2010. ISSN 0103-7331.

RIEMER, F.J. **Ethnography Research**. In: LAPAN, S.D.; QUARTAROLI, M.L.; RIEMER, F.J. (Eds.). Qualitative Research: An Introduction to Methods and Designs. Hoboken: Wiley, 2011.

ROMANELLI, G. **O significado da alimentação na família: uma visão antropológica**. Medicina, Ribeirão Preto, 39(3): 333-9, 2006.

TARDIDO, A.P.; FALCÃO, M.C. **O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade**. Rev Bras Nutr Clin, 21(2):117-24, 2006.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases:** report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of a WHO Consultation on Obesity. **Obesity, preventing and management the global epidemic.** Geneva: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2012.** Geneva: WHO, 2012. p. 64

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEE). Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico, 2004.** Disponível em: <[http://projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/089.pdf](http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/089.pdf)>. Acesso em: 15 nov 2011.

KEYLA, R. **Saúde reduz idade para cirurgia bariátrica no SUS.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7663/162/saude-reduz-idade-para-cirurgia-bariatrica-no-sus.html>>. Acesso em: 23 jan 2013.

## Apêndice

### 1. Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: *Concepções e práticas alimentares dos pacientes indicados para a cirurgia bariátrica*. O objetivo desta pesquisa é: Identificar concepções e práticas alimentares dos pacientes indicados para a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário de Brasília (HUB) relacionados com a experiência de vida da obesidade mórbida.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será por meio de entrevistas e conversas que, caso esteja de acordo, serão gravadas. O(a) senhor(a) deverá responder em local reservado no Ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília (HUB) na data a ser combinada com um tempo estimado para sua realização de duas horas. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Nutrição podendo ser publicados em revistas científicas posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Ximena Pamela Díaz Bermúdez, no Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB) telefone: 3107-1951 ou 9297-2502 ou para Nathália Brandão do Nascimento no telefone 8112-2386, no horário: 8h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_